

Community Pain Medicine
140-21 32nd Avenue, Suite C1
Flushing, NY 11354

FORMA DE REGISTRACION

(REGISTRATION FORM)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION)

Fecha (Date): _____

Nombre (Name): _____ Género (Gender): Masculino (Male) Feminino (Female)

Fecha De Nacimiento (Dob): _____ Edad (Age): _____ Raza (Opcional) (Race [Optional]): _____

Número De Seguro Social (SSN): _____ E-Mail: _____

Estado Civil (Marital Status): Casado/A (Married) Soltero/A (Single) Divorciado/A (Divorced) Viudo/A (Widowed)

Domicilio (Street Address): _____ N° de Apto (APT #): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Codigo Postal (Zip): _____

Teléfono de Casa (Home #): _____ Teléfono Celular (Cell #): _____

Teléfono del Trabajo (Work #): _____

Preferencia de Contacto (Contact Preference): Teléfono de Casa (Home #) Teléfono Celular (Cell #) Teléfono del Trabajo (Work #)

¿Le gustaría recibir alertas de textos y confirmaciones automatizadas? Sí No

(Would you like to receive automated text alerts/confirmations?)

EN CASO DE EMERGENCIA (IN CASE OF EMERGENCY)

Nombre de un amigo/a local o un relative (Name of local friend or relative)	Relación al paciente (Relationship to patient)	Número de teléfono de casa/celular (Home/Cell Phone No.)	Número de teléfono del trabajo (Work Phone No.)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PRIMARY CARE PHYSICIAN INFORMATION)

Médico Primario (PCP): _____

Número de Teléfono (Phone): () _____ Número de Fax (Fax): () _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA: ¿Hay alguien a quien le podemos agradecer por su referencia?

(REFERRAL INFORMATION: How did you hear about us?)

<input type="checkbox"/> Doctor Primario (Family Doctor or PCP)	Nombre del Médico u Hospital (Name of Doctor or Hospital): _____
<input type="checkbox"/> Otro Proveedor Médico (Other Health Care Provider)	Dirección (Address): _____
<input type="checkbox"/> Hospital (Hospital)	Número de Teléfono (Phone #): _____ Número de Fax (Fax #): _____
<input type="checkbox"/> Un amigo/a – (Referred by a friend)	Nombre de Amigo/a (Name of friend): _____
¿Es este amigo un paciente en esta clínica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is this friend a patient at this clinic?)	Dirección (Address): _____
	Número de Teléfono (Phone #): _____
<input type="checkbox"/> Estación de Radio/Televisión – Nombre de la Estación de Radio/Televisión: (Radio/Television Station – Name of Radio/Television Station)	_____
<input type="checkbox"/> Periódico – Nombre del Periódico: (Newspaper – Name of Newspaper)	_____
<input type="checkbox"/> Boletín de la Iglesia – Nombre de la Iglesia: (Church Bulletin – Name of Church)	_____
<input type="checkbox"/> Internet – Página de Web o Buscador: (Internet Search/Website – Name of Search Engine/Website)	_____
<input type="checkbox"/> Compañía de Seguros – Nombre de la Compañía de Seguro: (Insurance Company – Name of Insurance)	_____
<input type="checkbox"/> Otro – Por favor especifique: (Other – Please Specify)	_____

La información anterior es verdad al mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo **Community Pain Medicine** o compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos. (The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize **Community Pain Medicine** or insurance company to release any information required to process my claims.)

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIÁN:
(Patient/Guardian Signature)

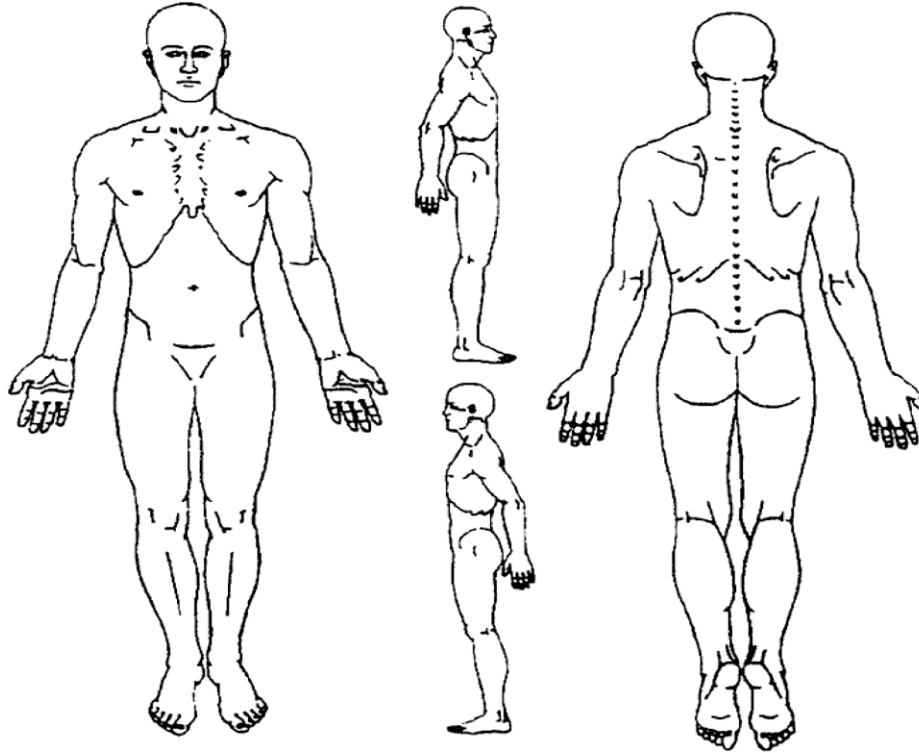
FECHA:
(Date)

Community Pain Medicine
140-21 32nd Ave., Flushing, NY 11354







Nombre (Name): _____ **Fecha** (Date): _____

Fecha de Nacimiento (Date of Birth): ____/____/____ **Edad** (Age): _____ **Sexo** (Sex): Masculino (Male) Femenino (Female)

1. Por favor indique donde se encuentra el dolor. (Please indicate where your pain is)



1. Mi dolor es ...[seleccione un número](My pain/discomfort is...[circle number]):

										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Hay Dolor		Leve		Moderado		Grave		Insorportable		
(No Pain)		(Mild)		(Moderate)		(Severe)		(Excrutiating)		

(For Office Use)	
BP:	
P:	
T:	
H:	
W:	

2. ¿Por cuánto tiempo ha estado el dolor presente? (How long has the pain been present)

Dias (Days) _____ Meses (Months) _____ Años (Years) _____

3. ¿Su problema ha empeorado recientemente? (Has your problem worsened recently?)

No (No) Sí (Yes) – ¿Que reciente? (How recently?) _____

4. ¿Qué causó el dolor o el problema? (What started the pain or problem?)

Lesiones del trabajo (work-related injury) accidente automovilistico (car accident) Otro (other): _____

5. ¿Cómo describiría su dolor? (What best describes your pain?)

Adolorido (achy) Leve (dull) Agudo/fuerte (sharp) Punzante (shooting)
 Cosquilleo (tingling) Punzada (stabbing) Caliente/Ardor (hot/burning) Pesado (heavy)
 Calambres (cramping) Palpitante (throbbing) Hormigueo (pins and needles) Otro (Other): _____

6. ¿Cuándo experiencias un aumento del dolor? (When do you experience an increase of pain?)

Sentado (sitting) Parado (standing) Caminando (walking) Subiendo escaleras (climbing stairs)
 Acostado (laying down) Manejando (driving) Levantando objetos (lifting things) Inclinarsse hacia adelante (bending forward)
 Otro (Other): _____

Nombre (Name): _____ Fecha de Nacimiento (Date of Birth): ____/____/____

7. ¿Cuáles son los tratamientos que ha recibido en el pasado? (What treatments have you received in the past?)

- Ninguno (None)
- Acupuntura (acupuncture) Fisioterapia (physical therapy) Tratamiento chiropráctica (chiropractic treatment)
- Narcóticos (narcotics) Inyección de cortisona (cortisone injection) Medicina anti-inflamatoria (anti-inflammatory medication)
- Inyección de esteroides epidural (epidural steroid injection) Otro (other): _____

8. ¿Por cuánto tiempo ha recibido estos tratamientos? (How long have you received these treatments?) _____

9. ¿Está tomando narcóticos en este momento? (Are you currently taking narcotics?)

- No (No) Sí (Yes)

10. ¿Estás aquí hoy porque necesitas una receta de narcóticos? (Are you here today because you need a prescription for narcotics?)

- No (No) Sí (Yes)

11. ¿Cuál de las siguientes exámenes se han realizado? (Which of the following tests have been performed?)

- Ninguno (None)
- Rayos X (X-rays) IRM (MRI) Tomografía computarizada (CT Scan)
- Conducción nerviosa (Nerve Conduction) Otro (Other): _____

HISTORIAL MÉDICO (Medical History)

Por favor indique cualquier problema médico que tiene en este momento. (Please indicate any medical problems you have presently)

- Ninguno (None)
- Presión alta (High Blood Pressure) Colesterol alto (High Cholesterol)
- Diabetes (Diabetes) Marcapasos (Pacemaker)
- Problemas de tiroides (Thyroid Problems) Problemas de la vesícula biliar (Gallbladder Problems)
- Gastritis (Gastritis) Reflujo (Reflux)
- Artritis (Arthritis) Osteoporosis (Osteoporosis)
- Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis) Enfermedad de Parkinson (Parkinson's disease)
- Problemas de próstata (Prostate Problems)
- Depresión (Depression) Ansiedad (Anxiety)
- VIH/Sida (HIV/AIDS) Hepatitis (Hepatitis)
- Cáncer de (Cancer of): _____ Adicción a (Addiction to): _____
- Otro (Other): _____

Historia de Cirugías (Surgical History):

Cirugías anteriores - Procedimiento de lista y fecha (Previous surgeries - list procedure and date)

- Ninguno (None)

Operación (Operation)	Fecha (Date)

Historial Familiar: [marque todas las que apliquen] (Family History: [Check all that apply])

- No hay problemas médicos (No medical problems)
- Trazo (Stroke) Presión alta (High blood pressure) Diabetes (Diabetes) Cáncer (Cancer) Artritis (Arthritis)
- Alcoholismo (Alcoholism) Otro (Other): _____

Nombre (Name): _____ Fecha de Nacimiento (Date of Birth): ____/____/____

MEDICAMENTOS (Medications):

Haga una lista de todos los medicamentos que usted está tomando en este momento (List all medications that you are currently taking):

No (None)

Medicación (Medication)	Dosis (Dose)

Nombre de la Farmacia (Pharmacy Name) _____

Número Telefónico de la Farmacia (Pharmacy Phone #) _____

Dirección de la Farmacia (Pharmacy Address) _____

ALERGIAS (Allergies):

- No alergias conocidas (No known allergies)
- Penicilina (Penicillin) Tintes rayos X (X-ray dyes) Yodo (Iodine) Azufre (Sulfur) Latex (Latex)
- Mariscos (Shellfish) Otro (Other): _____

¿Qué síntomas experimentas cuando tienes una reacción alérgica? (What symptoms do you experience when having an allergic reaction?)

- Sarpullido (rash) Picazón (itching) Falta de aire (shortness of breath) Otro (other) _____

HISTORIA SOCIAL (Social History):

1. ¿Usted fuma? (Do you smoke?)

- Nunca (Never) Dejar de fumar - Cuando? (Quit - When?) _____
- Sí - ¿Con qué frecuencia? (Yes - How often?) _____

2. ¿Con qué frecuencia bebes alcohol? (How often do you drink alcohol?)

- Nunca (Never)
- Ocasionalmente (Occasionally) Frecuentemente (más de tres veces a la semana) (Frequently [more than three times a week])
- Alcohólico (Alcoholic) Alcohólico en recuperación (Recovering alcoholic)

3. ¿En este año, cuantas veces ha tomado 4-5 bebidas alcohólicas en un día? (How many times in the past year have you had 4-5 drinks in a day?)

- Nunca (Never) Actualmente (Once) Dos veces (Twice)
- Más de dos veces - ¿Con qué frecuencia? (More than twice - How often?) _____

4. El uso de drogas/abuso (Drug use/abuse):

- Nunca (Never) Corrientemente (Currently) En el pasado (In the past) ¿Qué drogas? (What drugs?) _____

Firma del paciente (Patient signature)

Fecha (Date)

Firma del médico (Physician signature)

Fecha (Date)